# Zwei Fälle von operativ behandelten Mesenterialcysten.

---

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde

der

**hohen medizinischen Fakultät**

der

**Kaiser Wilhelms-Universität zu Strassburg**

vorgelegt von

**HANS RUFFING**

Assistenzarzt

in

**Bingen a. Rh.**

STRASSBURG i. E.
Elsass-Lothr. Druckerei, Abtlg. Müh & Cie., Kinderspielgasse 20.
1912.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät der Universität Straßburg i. Els.

Referent: Prof. Dr. Madelung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41548024_0065

Den Anlaß zur nachfolgenden Arbeit gaben mir zwei Fälle, die im Heilig-Geist-Hospital in Bingen von Herrn Dr. Hartlieb operiert wurden.

## Fall I.

Patient Jakob L., 19 Jahre, Bergmann, wurde am 24. Juni 1910, vormittags 10 Uhr, in das Hospital Bingen eingeliefert. Nach seiner Angabe war er beim «Schleppen» (Transport der Wagen von der Schürstelle zum Schacht und zurück) aus der Höhe von 1½ Meter mit der linken Bauchseite auf die Eckkante einer Kiste gefallen. Er verspürte unmittelbar nach dem Falle einen solch heftigen Schmerz im Leib, daß er nicht mehr in der Lage war zu gehen. Zu den Leibschmerzen trat alsbald heftiges Erbrechen hinzu, was die sofortige Überführung ins Hospital zu Bingen veranlaßte.

Die objektive Untersuchung ergab folgenden Befund:

Temperatur im Darm 38,5°.

Puls kräftig und voll.

Der Leib war etwas aufgetrieben und bretthart gespannt. Bei Druck auf die getroffene Stelle in der linken unteren Bauchgegend heftige Schmerzensäußerungen von seiten des Patienten. Die Perkussion

ergab überall tympanitischen Schall. Äußerlich war keine Verletzung wahrnehmbar.

Mit Ausnahme des ruhigen und vollen Pulses sprachen alle Symptome für eine subkutane Darmzerreißung.

Es wurde sofort zur Laparotomie geschritten.

Schnittführung längs an der getroffenen Stelle. Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigte sich der Darm selbst unverletzt. Dagegen waren die beiden Mesocolonblätter in der ganzen Länge des absteigenden Dickdarms durch dazwischen getretene Flüssigkeitsmassen voneinander abgedrängt und stark gespannt, so daß zu befürchten war, daß durch Kompression der zuführenden Gefäße der Darm gangränös werden würde.

Es wurde daher das vordere Mesocolonblatt inzidiert und die fast wasserklare, ein wenig gelbliche Flüssigkeit abgelassen. Um eine Neuansammlung zu verhüten, wurde die Inzisionswunde bis auf 6 cm erweitert, an den Peritoneum der Bauchwunde angenäht und ein Docht in den Innenraum eingeführt. Die Bauchwunde wurde bis auf die Drainageöffnung geschlossen. Die Wunde heilte per primam. Temperatur blieb um 38°.

Der Docht wurde am fünften Tage entfernt. Es kam keine Flüssigkeit mehr nach und so wurde er weggelassen. Nach acht Tagen wurden die Hautnähte entfernt.

Am 6. Juli, also etwa 14 Tage nach dem Unfall, begann der Leib wieder allmählig anzuschwellen. Temperatur immer noch um 38°. Puls normal. Da wieder eine stärkere Ansammlung des Transsudates angenommen werden mußte, wurde versucht durch

heiße Salzwasserbäder, feuchte Verbände und Anwendung des Heißluftkastens eine Resorption herbeizuführen. Alle diese Mittel blieben jedoch vollkommen wirkungslos. Die Auftreibung des Leibes nahm innerhalb weiterer acht Tage so zu, daß infolge der Hinaufdrängung des Zwerchfelles heftige Atembeschwerden eintraten. Der Verletzte war mit einer 2. Operation sofort einverstanden.

In der alten Narbe wurde der Leib wieder geöffnet und es zeigte sich, daß zwischen den Mesocolonblättern sich eine etwa mannskopfgroße Cyste mit hellflüssigem Inhalt wieder gebildet hatte.

Die Cystenwand wurde in einer Ausdehnung von 8 cm inzidiert, der Inhalt wurde abgelassen, die Cyste trocken ausgetupft und die Innenwand mit Jodtinktur geätzt, um eine Verklebung der Cystenwände herbeizuführen. Zu demselben Zweck wurde die Cyste breit austamponiert. Bauchnaht. Nach drei Tagen wurden die Tampon entfernt und nur noch ein Docht eingeführt.

Die Cystenwände verklebten jedoch nicht miteinander, es trat Eiterung in der Cyste ein.

Zu gleicher Zeit entwickelte sich ein Blasenkatarrh. Im Urinsediment Leucocyten. Nach einigen Tagen auch Albumen. Der Urin wurde immer trüber, zuletzt milchig weiß.

Der Sediment zeigte nur Leucocyten, keine Zylinder.

Der Eiweißgehalt stieg auf 8 ‰ nach Esbach.

Die Temperatur kam abends bis 40,5° mit morgendlichen Remissionen bis 38°, typische Abszeßtemperatur.

Patient klagte gleichzeitig über heftig stechende Schmerzen in der linken Nierengegend, die sich bis zur Blase hinzogen. Die Nierengegend wurde aufgetrieben und war bei Betastung sehr schmerzhaft. Aus der Wunde trat wenig Urin hervor, durch den starken Geruch erkenntlich.

Da die Abszeßtemperatur dauernd anhielt und der Kranke an Inanition einzugehen drohte, wurde die Niere durch den queren Flankenschnitt freigelegt. Dabei ergab sich eine derartige Vergrößerung des erkrankten Organs, daß der untere Pol bis ins kleine Becken reichte, während der obere stark handbreit über die 12. Rippe hinaufragte und das Zwerchfell berührte.

Das Nierenbecken war in einem doppelt mannsfaustgroßen Abszeß umgewandelt, so daß an eine Erhaltung der Niere nicht zu denken war.

Zur Exstirpation mußte die 12. Rippe entfernt werden. Erst dann ließ sie sich, nach Unterbindung des Ureters und der zugehörigen Gefäße entfernen. Die ganze Höhle wurde breit tamponiert und weit offen gelassen.

Der stark geschwächte Patient erholte sich nach und nach. Die Temperatur fiel allmählich bis auf 38° abends.

Albumengehalt der Niere sank bis Esbach 1 ‰, verschwand jedoch nicht vollständig.

Da Patient später auch in der rechten Nierengegend manchmal über Schmerzen klagte, so war zu befürchten, daß von dem eiterigen Blasenkatarrh aus auch eine Infektion dieser Niere stattgefunden habe.

Die öftere Untersuchung des Urinsediments ergab immer nur Leucocyten, nie Zylinder.

Neben strenger Diät wurde innerlich Urotropin gegeben.

Die Laparotomiewunde schloß sich unter beständiger Tamponade und Verband allmählich. Die sich entwickelnde Bauchhernie wurde später durch Operation (Etagennaht) beseitigt.

Bei dieser Gelegenheit wurde zugleich nachgesehen, ob der bestehende Blasenkatarrh nicht durch eine Eiterung des Harnleiterstumpfes unterhalten wurde, was sich jedoch nicht bestätigte.

Die Harnmenge pro 24 Stunden betrug zeitweilig 3100 ccm, war somit bedeutend vermehrt.

Von der Nierenexstirpationswunde bestand immer noch eine 8 cm tiefe eiternde Fistel.

Außerdem klagte Patient immer noch über Brennen beim Wasserlassen und große Ermüdbarkeit.

So wurde er am 15. November 1911 in die Behandlung des Kassenarztes entlassen mit 100 % Erwerbsunfähigkeit.

Am 9. Juni 1912 stellte sich Patient zur weiteren Begutachtung wieder im hiesigen Hospital vor.

Die bei seiner Entlassung noch stark sezernierende Fistel war ausgeheilt.

Urin vollkommen klar. Das Sediment enthält nur wenig Plattenepithel, keine Leucocyten. Patient war beschwerdefrei, sein Aussehen blühend.

## Fall II.

Patient Pantaleon H., 53 Jahre, Schuhmachermeister, wurde am 7. Juli 1910 ins hiesige Hospital aufgenommen. Nach seiner Angabe hatte er seit langer Zeit «Beschwerden im Leib». Er sagte, er könne nicht mehr soviel essen wie früher, sondern habe bei mäßiger Mahlzeit das Gefühl der Sättigung. Besondere Magendarmsymptome wie Erbrechen, Aufstoßen, Stuhlgangsbeschwerden gab er nicht an.

Objektiv ließ sich folgendes feststellen:

H., ein hier bekannter Potator, war ein mittelgroßer Mann in schlechtem Ernährungszustand. Herztöne rein, geringe Dilatation. Gefäßsystem: hochgradig sklerotisch. Puls 74, etwas gespannt.

Magenchemismus ergab 24 freie Salzsäure, 62 Gesamtacidität.

Temperatur normal.

In der Bauchgegend, wo H. seine Beschwerden hinverlegte — es war links neben dem Nabel, in der Gegend der großen Kurvatur des Magens — war das Abdomen ziemlich stark aufgetrieben.

Die Palpation ergab eine fluktuierende Geschwulst, die nicht verschieblich war.

Perkussion ergab nur eine geringe Dämpfungsfläche über der Geschwulst. Es wurde bei der Lage der Geschwulst an eine Pancreascyste gedacht, ausgehend von der canda der Pancreas.

Die Therapie war bei den Beschwerden des Patienten gegeben.

In Pantopon-Scopolamin-Äther-Narkose wurde die Bauchhöhle links neben dem Nabel, dem Sitze

der Geschwulst entsprechend, geöffnet. Nach Eröffnung des Peritoneums zeigten sich zunächst starke Verwachsungen zwischen der großen Kurvatur des Magens und dem Quercolon.

Die Verwachsungen wurden gelöst und zwischen Magen und Quercolon in die Tiefe eingegangen; dabei stellte sich heraus, daß es sich zwar um eine Cyste handelte, daß dieselbe aber nicht dem Pancreas angehörte, sondern dem Mesocolon des Colon transversum. Die Cyste wurde breit inzidiert. Es entleerte sich daraus etwa 1 ½ Liter schokoladefarbener, dünnflüssiger Inhalt. Da bei der Größe und den zahlreichen Verwachsungen an eine Ausschälung nicht zu denken war, so wurde die ganze Cystenwandfläche mit Jodtinktur bestrichen, sie selbst austamponiert. Die Bauchdecken wurden bis auf den Tampon geschlossen.

Die restierende Wunde heilte unter ständiger Tamponade allmählich (von innen zugranulierend per secundam) nach etwa vier Wochen zu.

H. wurde am 13. August geheilt entlassen.

H. kam am 5. Februar 1913 wieder in das hiesige Hospital und bat um Aufnahme, indem er über heftig ziehende Schmerzen im Rücken klagte, entsprechend dem Sitz der früheren Cyste. Die Bauchnarbe war etwa handtellergroß und herniös. Auf heiße Packungen gingen nach 14 Tagen die Schmerzen zurück, so daß er wieder im Wohlbefinden entlassen wurde.

Ehe ich zu einer epikritischen Betrachtung der beiden von mir mitgeteilten Fälle übergehe, will ich

einen kurzen Rückblick über die bisherige Geschichte der Mesenterialcysten vorausschicken.

Die ersten Beobachtungen von Mesenterialcysten stammen von einem Florentiner Anatom, Namens Benevieni (1). Er führte die Cysten, die ihm auf dem Sektionstisch begegneten, als Kuriosität an. Es folgten dann weitere ähnliche Beobachtungen bei Hostius, Tulpius, Belonius, Ruysch, Morgagni, Bonnet (1) etc.

Lientod (1) ist der erste, der diese Fälle in der Literatur zusammengestellt hat. Portal (1) hat als erster Studien veröffentlicht über die Entwicklung der Cysten und über die typischen Symptome. Von ihm stammt auch die erste Einteilung in Tumeurs squirreuses, stéatomateuses, cancéreuses und hytadiques.

Es ist dies die Zeit, die Augagneur (1) mit la période médicale bezeichnet hat. Sie dauert bis zum Jahre 1850.

Es kommt dann die Zeit, wo die Cysten zufällig bei einer Operation entdeckt wurden, la période chirurgicale.

Im Jahre 1880 hat Péan (1) drei Fälle untersucht, die ihm bei 300 Laparotomien begegnet waren.

Ihm verdanken wir die ersten therapeutischen Ratschläge, da er die Art des operativen Vorgehens festlegte. Tillaux (1) gebührt das Verdienst, die Symptome so gedeutet zu haben, daß die Diagnose schon vor der Laparotomie zu stellen war. Merklen und Werth (1) machten dann im Jahre 1882 Untersuchungen über die Pathenogenese der Cysten. Wir sind somit im dritten Stadium Augagneurs angelangt, la periode médicale et

chirurgicale in die Zeit, wo exakte klinische Untersuchung dem therapeutischen Eingriff vorausging.

Seit dieser Zeit häuften sich die Arbeiten über Mesenterialcysten von Jahr zu Jahr. Es folgten an größeren Arbeiten Augagneur, 1886, Hahn (1) im Jahre 1887.

Hahn nahm eine Neueinteilung vor in Blutcysten, Chyluscysten, seröse Cysten und Echinococcuscysten. Zwei Jahre später fügte Langton (1) noch die Dermoidcysten hinzu, deren Vorhandensein im Mesenterium Hahn noch unbekannt war.

1892 änderte Braquehaye (1) die Nomenklatur Hahns. Er räumte den serösen Cysten keine eigene Stellung ein, sondern rechnete sie teils zu den Blutcysten, teils zu den lymphatischen, und fügte noch hinzu Cysten die aus den Nachbarorganen hervorgehen, so daß seine Einteilung lautete:

1. Blutcysten, die auch gewisse seröse umfassen.
2. Lymphatische Cysten, die die Chyluscysten umfassen und den größten Teil der serösen.
3. Parasitäre oder Hydatide.
4. Angeborene oder Dermoide.
5. Aus Nachbarorganen hervorgegangene.

Aus der allerneuesten Zeit sind besonders bemerkenswert die Arbeiten von Dowd (3) und Niosi (36). Diese beiden Autoren haben sich sehr eingehend mit der Entstehung der Mesenterialcysten beschäftigt. Sie haben darauf aufmerksam gemacht, wie wichtig für die Beurteilung der Entstehung die histologische Untersuchung der Cystenwand und die Analyse des Inhalts ist. Auf Grund ihrer Studien

haben beide auch wieder eine Neueinteilung vorgenommen, und zwar bildet die Einteilung Niosis, der sich nur mit solchen Cysten beschäftigte die aus versprengten Epithelkeimen hervorgehen, einen Kommentar zur ersten Gruppe Dowds folgendermaßen:

Dowd
1. Cysten embryonalen Ursprungs.
2. Hydatiden.
3. Cysten, die durch Degeneration bösartiger Neubildungen entstehen.

Niosi
1. intestinale.
2. dermoide.
3. retroperitoneale

} Cysten embryonalen Ursprungs (Dowd)

Moynihan (15) spricht alle Cysten als congenital an mit Ausnahme der parasitären und der bösartigen. Auch Klemm (33) scheint dieser Ansicht zuzuneigen. Er sagt bei Erläuterung eines Falles bezüglich der Chyluscyste: «Das allen Fällen gemeinsame histologische Characteristicum besteht darin, daß sich die Geschwülste aus Abkömmlingen des dritten Keimblattes zusammensetzen. Es handelt sich demnach um eine traumatisch congenitale Dislocation bindegewebiger Keime, die aus ihrem natürlichen Zusammenhang gerissen, atypisch wuchern.»

Braquehaye (1) hat im Jahre 1892 in seiner Arbeit über Mesenterialcysten eine Zusammenstellung der bis dahin bekannten Cysten vorgenommen. Er fand 104 Fälle, die sich entsprechend seiner damaligen Einteilung zusammensetzen aus

lymphatischen und serösen 33, Blutcysten 25, Hydatiden 20, Dermoiden 9, aus Nachbarorganen hervorgegangene 4, nicht ätiologisch festgestellte Fälle 13.

Die nächste casuistische Zusammenstellung machte Becker (2) in seiner Dissertationsarbeit im Jahre 1900. Er fand von 1892—1900 40 weitere Fälle, deren Zuteilung zu den einzelnen Klassen: lymphatisch und serös 21, Blutcysten 10, congenitale 2, Hydatiden 2, eitrig 1, unbestimmbar 2 ergab.

Ich habe aus der Literatur die Fälle vom Jahre 1901—1910 inkl. zusammengestellt soweit sie mir zugänglich waren und habe in diesem Zeitraum, eingerechnet meiner beiden oben angeführten noch nicht publizierten Fälle, 62 neue gefunden, die sich nach der Einteilung Braquehayes folgendermaßen verteilen lassen: lymphatische und seröse 27, Blutcysten 6, Hydatiden 2, congenitale 15, Dermoide 5, unbestimmte Fälle 7.

Nehmen wir alle Fälle zusammen, so ergeben sich:

| | Braque-haye | Becker | Ruffing | Zu-sammen |
|---|---|---|---|---|
| Lymphatisch und serös | 33 | 21 | 27 | 81 |
| Blutcysten . . . . . | 25 | 10 | 6 | 41 |
| Hydatiden . . . . . | 20 | 2 | 2 | 24 |
| Congenitale . . . . . | — | 4 | 15 | 19 |
| Dermoide . . . . . | 9 | — | 5 | 14 |
| Aus Nachbarorganen . | 4 | — | — | 4 |
| Eitrig . . . . . | — | 1 | — | 1 |
| Unbestimmt . . . . . | 13 | 2 | 7 | 22 |
| Zusammen . . . . . | 104 | 40 | 62 | 206 |

Es darf allerdings bei dieser Statistik nicht vergessen werden, daß Braquehaye den congenitalen Cysten mit Ausnahme der Dermoide überhaupt noch keinen gesonderten Platz einräumte, und unter seinen Fällen sicher noch ein großer Teil der lymphatischen und serösen, bei genauer histologischer Untersuchung als congenitalen Ursprungs befunden worden wäre. Dies beweist die Arbeit Niosis (36), der im Jahre 1906 eine Zusammenstellung der bis dahin bekannten congenitalen Cysten vorgenommen hat und schon damals 37 Fälle sicher congenitaler Herkunft und 7 zweifelhaft angeborene gefunden hat.

In vielen Fällen, wie auch in den beiden von mir angeführten, wurde überhaupt keine histologische Untersuchung vorgenommen, so daß die Klassifizierung lediglich nach dem makroskopischen Aussehen des Inhalts der Cysten vorgenommen wurde.

Wenn wir auf unsere beiden Fälle zurückkommen, so läßt sich bezüglich ihrer Entstehung für Fall I (trotz mangelnder histologischer Untersuchung) die congenitale Entstehung sicher ausschließen. Daß das Trauma hier Ursache war ist klar. Hier war kein vorgebildeter Cystenraum vorhanden, das beweist die Spaltung der beiden Mesocolonblätter in der ganzen Länge des absteigenden Astes. Bei Fall II ist die Art ihrer Entstehung nicht geklärt. Hier hätte es dazu der histologischen Untersuchung bedurft um die Genese zu erfahren. Die Möglichkeit congenitaler Entstehung läßt sich hier nicht ganz von der Hand weisen, obwohl es sich zur Zeit der Operation um eine Blutcyste handelte. Denn Braquehaye

erwähnt einen Fall von Giordono (1), wo eine Blutung in eine Chyluscyste stattgefunden hat, und für diese ist ja die congenitale Herkunft von Klemm (siehe oben) ausnahmlos behauptet worden.

Die beiden von mir beschriebenen Cysten hatten ihren Sitz im Mesocolon.

Der bevorzugte Lokalisationspunkt der Cysten ist gewöhnlich der untere Dünndarm. Bei der traumatischen Cyste (Fall I) ist der Sitz im Mesocolon sehr verständlich, mußte doch das Mesocolon in seiner natürlichen Lage direkt den ersten Stoß aushalten. Unter den 8 *) Fällen von Mesocoloncysten, die ich seit 1901 gefunden habe, ist keiner traumatischen Ursprungs gewesen. Die Fälle von Dowd (3) und Prichard (28) stammen von versprengten Keimen anderer Organe, so glaubt Dowd die Entstehung seiner Cyste von einem versprengten Parovarialkeim herleiten zu können, und Prichard fand in seinem Falle die Strukturverhältnisse des Duodenums, was ihn veranlaßte die Entstehung von diesem Organ für wahrscheinlich zu halten. Potel führt seinen Fall auf eine erweichte Lymphdrüse zurück, weil er gleichzeitg eine andere Drüse die innenteils erweicht war, exstirpierte. Er spricht damit eine Ansicht aus, die schon früher von Virchow (1), Rokitansky (1) und später Pagenstecher (2) vertreten wurde. Bei den übrigen Fällen sind keine genauere Angaben gemacht.

Trotzdem schon von Tillaux diagnostische Merkmale festgelegt wurden und in der neuesten Zeit die Symptomatologie noch schärfer herausge-

*) Dowd (3), Féssard u. Lecère (7), Potel (27), Prichard (28), Hahn (32), Urso (38), Riese (41), Cunéo (51).

arbeitet worden ist, so bietet doch noch jetzt die Diagnose der Mesenterialcysten besonders in den atypischen Fällen unüberwindliche Schwierigkeiten. Die neueste Fassung Moynihans (15):

1. Prominenz einer fluktuierenden Geschwulst in der Nabelgegend.

2. Große Beweglichkeit, besonders in querer Richtung und die Möglichkeit einer Rotation rings um eine sagittale Achse.

3. Tympanitischer Streifen zwischen Geschwulst und Schambein, und bei leiser Perkussion schmaler tympanitischer Streifen quer über der Geschwulst, dem darüber hinziehenden Darmrohr entsprechend, dürfte bei den klassischen Fällen die Diagnose sichern. Wenn alle diese Merkmale vorhanden sind, so sind sie wohl für die Mesenterialcyste pathognomonisch. Doch wie selten dies der Fall ist, beweist der Umstand, daß, obwohl sie in ähnlicher Form schon seit Tillaux bekannt sind, nur in ganz seltenen Fällen die Diagnose vor Operation bezw. Sektion gestellt wurde.

Wenn die Geschwulst unter einer gewissen Größe bleibt, oder über eine gewisse Größe hinausgeht, fällt je nachdem schon das eine oder andere dieser diagnostischen Merkmale fort. Entweder ist überhaupt keine Geschwulst zu fühlen, Patient kommt mit Zeichen der Indigestion, der Dyspepsie, des akuten Ileus, einer Invagination, einer Peritonitis, einer Appendicitis, oder wie bei uns, in Fall I, mit Zeichen einer subkutanen Darmruptur. Ist eine Geschwulst zu fühlen, so hängt ihre Beweglichkeit wieder stark von ihrer Größe ab, füllt sie den ganzen Bauchraum aus, so fällt die Excursionsmöglichkeit

fort. In vielen Fällen wurden auch, wie bei uns in Fall II, starke Verwachsungen mit den Nachbarorganen festgestellt, die dann die fixierte Lage der Geschwulst bedingen.

Was den tympanitischen Streifen vor der Geschwulst betrifft, bedingt durch eine quer über die Geschwulst hinziehende Darmschlinge, so muß diese Lage des Darmes selbstverständlich nicht bei jedem Falle eintreffen. In meinem ersten Falle, wo unter den obwaltenden Umständen an eine Mesenterialcyste nicht gedacht werden konnte, wurde auch nicht nach diesem Symptom gefahndet, in Fall II war nur ein kleiner Dämpfungsbezirk über der Geschwulst zu perkutieren. In anderen Fällen, wie z. B. im Falle Colbys (2) und Hagen-Thorns (5) war der Darm durch die Geschwulste bandartig plattgedrückt und somit nicht als tympanitisch zu perkutieren. Die häufigste Fehldiagnose, Ovarialcyste, dürfte, so sollte man meinen, durch eine genaue vaginale und rektale Untersuchung auszuschalten sein; doch auch hier läßt sich, wie ja die vielen Fehldiagnosen beweisen, nicht immer das Richtige treffen. Jedenfalls sehr schwierig ist bei nicht vorhandener Beweglichkeit der Unterschied zwischen Pancreascyste und Mesenterialcyste. Die erstere Diagnose war in unserem Falle II gestellt worden, entsprach doch die Lage der Cyste genau der Canda des Pancreas. Anamnestisch gibt Cova (23) den Schmerz, welcher sich anfallsweise wiederholt, während der Bewegungen steigert und sowohl Verdauungsstörungen als auch eine tiefe Veränderung des Allgemeinbefindens hervorruft, als das am meisten charakteristische Symptom (für Mesenterialcyste) an.

Ich bin der Ansicht, daß ein Anfall von akuter Gastroenteritis oder Cholelithiasis genau das nämliche Symptomenbild hervorrufen kann, wie der oben geschilderte, und kann daher der Ansicht Covas nicht unbedingt beistimmen. Andererseits muß zugegeben werden, daß Koliken eine häufige Begleiterscheinung der Mesenterialcysten sind, und daß gerade sie sehr oft den Patienten veranlassen, einen Arzt aufzusuchen.

Was die übrigen anamnestischen Angaben anlangt, so sind dieselben so vielgestaltig, daß sie keinen sicheren Schluß auf die Diagnose Mesenterialcyste gestatten.

Obstipation in dem einen Fall, Diarrhoe in dem anderen besagen nichts. Andere Patienten geben Schmerzen unbestimmter Art an, ausstrahlend in den Rücken, in die Nierengegend, Verdauungsbeschwerden, Blähungen, Appetitlosigkeit, Erbrechen, Schwächezustände, Abmagerung, Menstrualbeschwerden, Blasenbeschwerden, lauter Angaben, die die Diagnose Mesenterialcyste nur wenig stützen. In wieder anderen Fällen, wie in unserem Falle II, ebenso bei Niosi (36), Gildemeister (13), Hartwig (8), hatten die Patienten überhaupt keine Beschwerden, sondern lediglich die Auftreibung des Leibes veranlaßte sie, den Arzt aufzusuchen. Charakteristisch sind folgende Angaben: Patient hat schon lange Zeit eine Anschwellung seines Leibes bemerkt, doch da er weiter keine Schmerzen verspürte, fühlt er sich auch nicht veranlaßt einen Arzt zu konsultieren. Plötzlich, bei einer ungeschickten Bewegung, tritt ein heftiger Kolikanfall auf, der ihn auf den Operationstisch bringt. Ob diese Schmerzen hervor-

gerufen werden durch übermäßigen Zug am Mesenterium infolge der Schwere der Cyste, oder durch Druck auf das Ganglion solare, wie B r à q u e h a y e glaubt, will ich unentschieden lassen. Wahrscheinlicher ist das erstere. Kennt doch jeder, der einmal in Lokalanästhesie eine Hernie operiert hat, die Schmerzensäußerungen, die durch Zug am Mesenterium hervorgerufen werden.

Was die Behandlung der Mesenterialcysten anlangt, so läßt sich bei dem Stand der heutigen Asepsis und Operationstechnik nur eine Antwort geben: Ist die Diagnose auf Mesenterialcyste gestellt, so muß operiert werden. Die oben erwähnten Komplikationen, die nur zu häufig hinzutreten, und dann eine Operation unter erschwerten Bedingungen erheischen, verlangen einen zeitigen Eingriff.

Bezüglich der Art des operativen Vorgehens sind vielerlei Vorschläge gemacht. Ein Teil der Autoren rät zur Anheftung der inzidierten Cyste an die Bauchwunde, ein anderer zur Enucleation oder aber zur Darmresektion. Die Punktion ist wohl wegen der damit verbundenen Gefahr der Verlegung eines Gefäßes oder des über die Geschwulst hinziehenden Darmes allerseits verlassen worden. Meiner Ansicht nach läßt sich außer einer allgemeinen Richtschnur kein für alle Fälle geeigneter Operationsweg vorschreiben, sondern jeder Fall erfordert eine individuelle Behandlung. Ist die Cyste so gelagert, daß man sie leicht enucleieren kann, so wird man sie selbstverständlich entfernen. Sind starke Verwachsungen da, wie in unserem Falle II, so wird man die bisher günstigere Resultate liefernde Anheftung an die Bauchwand den wenig günstigeren

der Darmresektion vorziehen, was wohl bei Mesenterialcysten durchweg anzuraten ist, wo bei Resektion die Gefahr einer Peritonitis wohl zu bedenken ist. Wohl wird es auch Fälle geben, wo eine Resektion nicht zu umgehen ist.

Es folgt hier eine Zusammenstellung der einzelnen Cystenarten, ihrer Behandlungsweise und des Erfolges nach der Behandlung, soweit mir bekannt wurde.

| | Behandlung | Erfolg |
|---|---|---|
| | **A. Chyluscysten.** | |
| 1. Treuberg | Fixation an Bauchwand | Heilung |
| 2. Hagen-Thorn | Spaltung der Cysten | „ |
| 3. Smoler | Ausschälung | „ |
| 4. Cova | Fixation an Bauchwand | „ |
| 5. Tuffier | Ausschälung | „ |
| 6. „ | „ | „ |
| 7. Haas | „ | „ |
| 8. Polya | Exstirpation m. Darmresect. | „ |
| 9. Klemm | „ „ „ | „ |
| 10. Urso | Ausschälung | „ |
| 11. Porter | Exstirpation m. Darmresect. | Exitus an Insufficienz der Anastomose |
| 12. Hartwig | Exstirpation | Heilung |
| 13. Brinsmade | Incision und Drainage | „ |
| 14. „ | — | „ |
| 15. Hinz | — | — |
| 16. „ | — | — |
| 17. Demmin | Ausschälung | Heilung |
| 18. Kirmisson | — | — |
| 19. Facwett | ohne Operation | Exitus, Section |
| 20. Hedinger | „ „ | „ „ |

| | Behandlung | Erfolg |
|---|---|---|
| | | |
| **B. Seröse Cysten.** | | |
| 1. Gildemeister | Extirpation m. Darmresect. | Heilung |
| 2. Baumann | Entleert, Tamponade | Exitus im Kollaps |
| 3. Adler | Ausschälung | Heilung |
| 4. Evelt | „ | „ |
| 5. Heinrich | Ohne Operation | Exitus, Section |
| 6. Deaver | Exstirpation m Darmresect. | Heilung |
| 7. Hartleib | Fixation an Bauchwand | „ |
| **C. Angeborene Cysten.** | | |
| 1. Dowd | Ausschälung | Heilung |
| 2. Wegener | Exstirpation | „ |
| 3. Prichard | Ausschälung | „ |
| 4. Roegner | Resection | „ |
| 5. Kostlivy | — | — |
| 6. „ | — | — |
| 7. „ | — | — |
| 8. Cunéo | Ausschälung | Heilung |
| 9. Alexandre | Exstirpation | „ |
| 10. Nager | Nicht entfernt | Exitus |
| 11. Puschinger | Nicht operiert | „ |
| 12. Launay | Exstirpation | Heilung |
| 13. Terrier Lecère | Nicht operiert | Exitus, Section |
| 14. „ „ | Ausschälung | Heilung |
| 15. Morton | „ | „ |
| **D. Blutcysten.** | | |
| 1. Gildemeister | Ausschälung | Heilung |
| 2. Nullino | Abgetragen | „ |
| 3. Potel | Ausschälung | „ |
| 4. Hahn | Fixation an Bauchwand | „ |
| 5. Kostlivy | — | — |
| 6. Hartleib | Fixation an Bauchwand | Heilung |

| | Behandlung | Erfolg |
|---|---|---|
| | **E. Dermoide.** | |
| 1. Hannig | Ausschälung | Heilung |
| 2. Basil Hall | Fixation d. Restes an Bauchw. | „ |
| 3. Federmann | — | — |
| 4. Schmid | Exstirpation | Heilung |
| 5. Moynihan | „ | Exitus |
| | **F. Hydatiden.** | |
| 1. Urso | Exstirpation | Heilung |
| 2. Robbio | „ | „ |
| | **G. Unbestimmt.** | |
| 1. Fessard, Leière | Fixation an Bauchwand | Exitus im Kollaps |
| 2. Mariani | — | Heilung |
| 3. Moynihan | — | „ |
| 4. Reichel | Exstirpation | „ |
| 5. Riese | Ausschälung | „ |
| 6. Marshall | — | — |
| 7. Becker | Exstirpation m. Darmresect. | Tod im Kollaps |

## Literatur.

Die Literatur bis Braquehaye siehe daselbst (1),
bis Becker siehe da (2).


1. Braquehaye, Des kystes du mesentère. Arch. gén. de médecine, 1892, II.
2. Becker, Ueber Mesenterialcysten. Inaug.-Diss. Berlin, 1900.
3. Dowd, Mesenteric cysts. Annals of surgay. 1900, Octobre.
4. Treuberg, Ueber die Chyluscysten des Mesenteriums. Ref. im Jahresbericht für Chirurgie n. Hildebrand. 1902.
5. J. Hagen-Thorn, Ein Fall von mesenterialer Chyluscyste als Ursache von Ileus. Lzet gris russhoi chirurgii. 1901. Heft 6. Ref. bei Hildebrand.
6. N Trichler, Zur Kasuistik der Mesenterialgeschwülste. Chirurgia. Bd. IX, Nr. 50.
7. Fossard u. Luère, Kyste hématique du mésocolon transverse. Bull. et mém. de la soc. anat. 1900. No. 10.
8. Hartwig, Beitrag zur Kasuistik der Chyluscysten Br. Beitr. 55, 1.
9. Urso, Il Policlinico. 1902. Vol. VIII. G. fasc. 12.
10. Kostlivy, Beiträge zur Aetiologie und Kasuistik der Mesenterialcysten. Deutsche Zeitschrift f. Chirurgie. Bd. 91. 1908.
11. Masumecit, Cisti linfatica del mesentere. La clin. chir. No. 10. 1907.
12. Reichel, Fall von grosser Mesenterialchyluscyste. Münchn. med. Wochenschr. 1907. Nr. 16.
13. Gildemeister, Beitrag zur Kenntnis der Mesenterialtumoren.
14. Hannig, Ueber kongenitale und traumatische Cystengeschwülste der Abdominalhöhle. Diss. Leipzig. 1902.
15. Moynihan, Tumors of the mesentery. The medical chronicl. 1902. Sept.

16. Smoler, Zur Kasuistik der mesent. Lymphcysten. Beitr. zur klin. Chirurgie. Bd. 32. Heft 2. 1902.
17. Wagener, Een mesenteriaal Kyste. Ned. Tijdschr. v. Genush. Ref. bei Hildebrand 1903.
18. Nallino, Sulle cisti in genese e su quelle del mesenterio in isperie. II. p. 1179. Il Policlinico. 1902, Vol. IX—C. Fasc. 1—2. Ref. bei Hildebrand. 1903.
19. Dallmann, Ueber Mesenterialtumoren. Diss. Halle. 1903.
20. Mariani, C., Cisti dell ultimo tratto del mesentere diagnosticata et operata. Gazetta degli ospedali 1903. No. 107.
21. Martin, Diagnostik der Bauchgeschwülste. Deutsche Chirurgie. 1903.
22. Morton, Tree cases of retroperitoneal cysts. British medical journal. 1903. Nov. 28.
23. Cova, Cista ematica del mesenterio gravita colla mansupializazione. Il Policlinico. 1904. Fasc. 46.
24. Baumann, Mesenterie cysts. The Lancet. 1904. May 7.
25. Hall, A case of dermoid cyst of the mesentery. The Lancet. 1904. May 14.
26. Kirmisson, Volumuneux kyste du mésentère chez un enfant de trois ans. Bull. et mém. de la soc. de Chir. de Paris. 1904. No. 13.
27. Potel, Sur un cas de kyste de mésentère. Bull. et mém. de la soc. de Chir. de Paris. 1904. No. 9.
28. Prichard, Case of mésenteric cyst. The British Journal. No. 86.
29. Tuffier, Sous les kystes chyleux du mésentère. Bull. et mém. de la soc. de Chir. de Paris. 1904. No. 16.
30. Adler, Ueber Mesenterialcysten. Münchn. med. Wochenschr. 1905. No. 46.
31. Haas, Kasuistik der mes Cysten. Zentralblatt f. Gynäkolog. 1904. Nr. 50.
32. Hahn, Eine diagnostisch interessante Mesenterialcyste. Münchn. med. Wochenschr. 1905. Nr. 46.
33. Klemm, Beitrag zur Genese der mesenterialen Chylangiome. Virch. Arch. Bd. 181.
34. Polya, Mesenterialcyste. Oroosi ketilap. 1905. No. 4. Ref. Hildebrand. No. 4.

35. Roegner, Ein Enterohystom des Mesenteriums. Virch. Arch. Bd. 181.
36. Niosi, Virchows Archiv. Bd. 190.
37. Ackermann, J. H., Ueber Mesenrerialcysten. Hygien. 1906. Nr. 5.
38. Evelt, Beitrag zur Lehre der Mesenterialcysten. Münchn. med. Wochenschr. 1907. Nr. 36.
39. Porter, Chylons cysts of the mesentery. Annals of surgery. 1906.
40. Riese, Deutsch. med. Wochenschr. 1906. Nr. 22.
41. Brinsmade, Annals of surgery. Okt. 1908.
42. Bell u. Yeiman, Brit. Med. Assoc. 1908. Brit. med. Journ. 1908.
43. Drüchert, Arch. gen. de chir. 1908. 2.
44. Federmann, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie. 1908. 95, 1—5.
45. Heinrich, Diss. Leipzig. 1905.
46. Marshall, Brit. Med. Journal. 1903.
47. Becker, Münchn. med. Wochenschr. 1909. Nr. 34.
48. Bolbio, Il Policlinico. Anno XVI. 1908. Fasc. 3.
49. Bogogawlenski. Chirurgia No. 155. Conf. Zentralblatt f. Chir. 1910. Nr. 7.
50. Cunéo, Archiv gén. de Méd, 1909. Febr.
51. Demmin, Diss. Greifswald. 1910.
52. Fica, Studium 1909, Nr. 9.
53. Hinz, Zentralblatt für Chir. 1909. Nr. 3 und 4.
54. Schmid, Bull. et mém. de la soc. de Chir. 1909. Nr. 38.
55. Harry u. Deaver, Annals of surgery. May 1909
56. Ayer, Ann. Journal Sc. Jan. 1906.

## Lebenslauf.

Am 19. April 1884 wurde ich, Hans Ruffing, zu Spiesen in der Rheinprovinz geboren.

In meinem 6. Lebensjahre besuchte ich daselbst die Volksschule. Im Jahre 1896 trat ich in das Progymnasium in St. Ingbert ein, wo ich 1902 die Einjährig-Freiwilligen-Prüfung bestand. Dann besuchte ich das Gymnasium zu Zweibrücken, wo ich im Jahre 1905 das Reifezeugnis erlangte.

Im Herbst 1905 bezog ich die Universität München, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Ich bestand daselbst nach fünf Semestern das Physikum und verblieb noch das 6. Semester. Im 7. und 8. Semester studierte ich in Berlin, im 9. und 10. in Straßburg, wo ich im Herbst 1910 mein Staatsexamen bestand.

Von hier aus kam ich als Medizinalpraktikant ins Heilig-Geist-Hospital nach Bingen a Rh. Nach vollbrachter Praktikantenzeit erhielt ich am 9. Februar 1912 die Approbation als Arzt. Seit dieser Zeit bin ich in letztgenanntem Hospital als Assistent tätig.